

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА 5 ЛЕТ (1993-1997 Г.Г.).

/ Могилев /

Перитонит был и остается самым частым и опасным осложнением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Летальность при этом заболевании остается высокой и при распространенных формах составляет от 12,6% (1) до 45,2%.

Нами проанализировано 2235 историй болезни больных с различными формами перитонита, лечившихся с 1993 по 1997 годы. По годам: 1993 - 492, 1994 - 523, 1995 - 392, 1996 - 406, 1997 - 422; мужчины - 64,2%, женщины - 35,8%. Интеллигенция и служащие - 58,2%, рабочие - 42,8%. Это объясняется в первую очередь своевременностью обращения за медицинской помощью и состоянием организма. Возрастная структура: до 20 лет - 12,9%, 20 - 40 лет - 42,5%, 40 - 60 - 28,2%, старше 60 лет - 16,3%. Этим заболеванием поражается самый работоспособный возраст - 20-40 лет. По срокам поступления в стационар от начала заболевания: до 6 часов - 21,4%, 6-24 часа - 42,5%, свыше 24 часов - 53,4%. Поздняя обращаемость за медицинской помощью (53,4%) обуславливает в дальнейшем тяжесть течения процесса.

Сроки оперативных вмешательств до 3 часов - 92,5%, свыше 3 часов - 7,5%. Это в основном больные, которые требовали более длительной предоперационной подготовки. В удельном весе среди больных перитонитом основной причиной его развития по нашим данным является острый аппендицит.

Причины развития перитонита выглядят следующим образом.

Летальность общая остается низкой - 11%. По годам: 1993 - 15%, 1994 - 11,2%, 1995 - 7,6%, 1996 - 14,1%, 1997 - 9,4%. Самая низкая летальность в 1995 г. - 7,6%. По распространенности: местный перитонит - 79,2%, разлитой перитонит - 20,8%.

Микрофлора: стафилококк - 7,4% встречался в выпоте из брюшной полости; кишечная палочка - 24,6%; синегнойная палочка - 2,1%, протей - 0,2%; ассоциация микроорганизмов - 32,4%; флора не высеяна - 65,5%. По характеру отделяемого из брюшной полости и состоянию очага, в котором не высеяна микрофлора, можно думать об анаэробной инфекции. Чувствительность к антибиотикам: пенициллинам - 7,6%, к тетрациклинам - 16,7%, к аминогликозидам - 62,4%. К цефалоспорином - 84,2%. В комплексном лечении перитонита мы придерживались следующей схемы: одномоментный лаваж брюшной полости растворами 1:5000 фурацилина с последующим введением следующей комбинации антибиотиков, полусинтетические пенициллины и аминогликозиды, цефалоспорины; в брюшную полость через дренажные трубки и микроирригатор пенициллин, метрагил - в/в. Лаваж брюшной полости проводился в 24,8% случаев. С целью восстановления перистальтики кишечника 18,3% случаев применялась длительная перидуральная анестезия. Широко использовалось УФО крови (26,9%) и гемосорбция, ГБО. В 33,5% случаев больные с перитонитом обследованы на состояние иммунитета. Всем больным с выраженным сдвигом им-

Степанюк А.Ф., Борозна Л.А.,
Дашковская Е.Я., Алейников П.Е.,
Басенко А.А.

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ ПО
МАТЕРИАЛАМ МОГИЛЕВСКОЙ
ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ**

Причины перитонита	Процент	Летальность
Острый аппендицит	44,7	0,6
Острый холецистит	2,4	-
Прободная язва желудка и 12-п. кишки	32	2,9
Острая кишечная непроходимость	0,7	-
Закрытые и открытые травмы живота	11,2	8,5
Осложненные раки толстой кишки	2,4	45
Язвенные колиты с перфорацией	0,4	50
Острый панкреатит	0,5	21
Тромбозы мезентериальных сосудов	3,3	88
Ущемление грыжи	1,2	-
Послеоперационное осложнение	0,9	15

мунограмм проводилась своевременная их коррекция.

Благодаря совершенствованию лечения больных с перитонитом имеется снижение среднего койкодня. Так, в 1993 году - 28,6 койкодня, 1994 - 27,9 к/дня, 1995 - 30,2 к/дня, 1996 - 27,2 к/дня, 1997 - 26,8 к/дня.